

様式 5

医療保護入院期間の更新に関する同意依頼聴取票

1. 入院する病院の名称・所在地	
2. 患者の居住地（又は現在地）	
3. 患者の氏名	
4. 患者の生年月日・性別	
5. 患者の本籍地 (外国人の場合は国名)	
6. 患者の症状	①幻覚妄想状態 ②精神運動興奮状態 ③昏迷状態 ④統合失調症等残遺状態 ⑤抑うつ状態 ⑥躁状態 ⑦せん妄状態 ⑧もうろう状態 ⑨認知症状態 ⑩その他 ()
7. 診察した指定医の氏名	
8. 患者の家族構成及び連絡先 (いない場合は「なし」、行方不明の場合は「不明」、意思を表示することができない場合は「意思表示不可」、同意・不同意の意思表示がない場合は「意思表示なし」と記入すること)	配偶者 父 母 子 兄弟姉妹 祖父母又は孫 その他の親族(おじ・おば、おい・めい等)
9. 8で記載した家族等のうち、患者に対する虐待・DV等に係る家族等の氏名	
(患者への虐待が疑われる場合) 10. 虐待に係る通報状況(通報内容、通報窓口の連絡先)	通報の内容 通報窓口の連絡先(氏名・電話番号)
(患者が一時保護措置等の措置を受けている場合) 11. 一時保護措置等の内容と保護先の施設担当者等の連絡先	一時保護等の内容 保護先の施設担当者等の連絡先(氏名・電話番号)
12. 患者からのDV等支援措置の適用に係る申し出の有無	有 無
13. その他参考となる事項 (過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する)	

以上のように聴取した。

聴取日 年 月 日
聴取者名

記載上の留意事項

- 項目 10 から 12 については、項目 9 に記載のない場合は記載不要。